

愛顔つなぐえひめ国体伊予市医療救護対策要項

(平成28年2月3日 第2回宿泊衛生専門委員会決定)

1 目的

この要項は、愛顔つなぐえひめ国体伊予市医事・衛生基本計画に基づき、愛顔つなぐえひめ国体における医療救護に万全を期するため、必要な事項を定める。

2 実施方法

愛顔つなぐえひめ国体伊予市実行委員会（以下「実行委員会」という。）は、愛顔つなぐえひめ国体・えひめ大会実行委員会と相互に連絡調整を図り、医療機関・関係機関等の協力を得て医療救護を実施する。

3 競技会場における医療救護

(1) 救護所の設置

ア 競技会場に救護所を設置し、必要に応じて医師、看護師、保健師及び係員等を配置する。

イ 救護所には、医薬品、医療器具、AED等を配備する。医薬品は、ドーピング禁止薬を配備しないこととする。

(2) 救護所の設置期間及び開設時間

ア 設置期間は、原則として各競技会の競技日とする。

イ 開設時間は、原則として競技開始30分前から競技終了時までとし、必要に応じて延長することができるものとする。

(3) 傷病者発生時の取り扱い

ア 傷病者が発生した場合は、必要に応じ応急処置を行うとともに、処置記録兼診療依頼書（様式第1号）に所定の事項を記載する。

イ 医療機関に搬送する必要がある傷病者が発生した場合は、直ちに救急自動車（以下「救急車」という。）等の出動を要請し、処置記録兼診療依頼書（様式第1号）を交

付する。傷病者が選手・監督の場合は、必ずチーム関係者等を同行させるものとする。医療機関に搬送しない場合は、最寄りの医療機関を紹介する。

ウ 救護所係員は、傷病者を医療機関に搬送した場合、速やかに伊予市実施本部へ報告する。また、傷病者のその後の病状経過を把握するように努める。

4 練習会場における医療救護

関係機関・団体と協議の上、必要に応じて、前項に順に対応する。

5 宿舎における医療救護

- (1) 宿舎の管理者は、医療機関に搬送する必要がある傷病者が発生した場合は、必要に応じて救急車の出動を要請し、必ずチーム関係者等を同行させるものとする。
- (2) 医療機関に搬送しない場合は、最寄りの医療機関を紹介する。
- (3) チーム関係者等は、傷病者が医療機関に搬送された場合、伊予市実施本部に下記の事項を報告（夜間の場合は翌日）する。
 - ア 傷病者の住所、氏名、性別、年齢及び連絡先
 - イ 参加区分及び競技種目
 - ウ 宿舎名及び連絡先
 - エ 事故（傷病）の発生時間、発生原因及び現在の状況
 - オ 搬送した医療機関及び搬送方法
 - カ 付添者の氏名及び連絡先

6 事務処理

救護所等の医師、看護師、保健師及び係員等は、お互いに連携を図り、次の書類に所定の事項を記載し、当日業務終了後、速やかに伊予市実施本部に提出する。

- ア 処置記録兼診療依頼書（様式第1号）
- イ 救護日報（様式第2号）
- ウ 救護班取扱傷病者一覧表（様式第3号）

7 医療費の負担

- (1) 救護所等において応急処置等に要した経費は、実行委員会が負担する。
- (2) 傷病者は、医療機関において健康保険証を提示して受診した場合には医療費の本人負担分を、健康保険証を提示しないで受診した場合には医療費の全額を負担する。

8 その他

- (1) この要項に定めるもののほか、医療救護に関して必要な事項は、関係機関・団体等と協議の上、別に定める。
- (2) 競技別リハーサル大会については、実情に応じてこの要項を準用し、関係機関と協議の上、可能な範囲で医療救護を実施することとする。

附 則

この要項は、平成28年2月3日から施行する。

(様式第1号)

処置記録兼診療依頼書

※県内統一様式に変更予定

取扱救護所	競技会場・練習会場・その他	発行番号	No.
発症場所	競技中・式典中・観覧中・移動中 その他()	発症日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
ふりがな 氏名	M・T・S・H 年 月 日生	参加区分	選手・監督・役員・観客 その他()
		競技種目	
		競技会場	
住 所	(都・道・府・県)	宿 舎	名称
	(TEL (携帯)		所在地
保険証所持の有無	有 ・ 無		TEL
応急 手 当 の 内 容	1 傷病内容 (1) 胃腸障害、感冒、貧血、頭痛、熱中症、疲労、眼症、耳症 (2) 打撲、捻挫、骨折、脱臼、筋腱断裂、(挫・切・裂)創、歯牙の外傷 (受傷部位: (3) その他 2 発症(事故)原因 3 処置内容(処置時間: 午前・午後 時 分) 4 使用医薬品 救護所診療医師名 付添者名 (TEL — —)		

医療機関

様

愛顔つなぐえひめ国体において発症した上記の者に対する診療をお願いいたします。

年 月 日

えがお
愛顔つなぐえひめ国体伊予市実行委員会会長

下記欄に記入後、この用紙を ^{えがお} 愛顔つなぐえひめ国体伊予市実行委員会事務局まで当日中にFAX でご送付くださいますようお願いいたします。 FAX番号 089-983-2551
1 傷病名 2 治療内容・使用医薬品 3 その他 医療機関名 診療医師名
※ 本書を医療機関へ送付すること並びに搬送先医療機関から ^{えがお} 愛顔つなぐえひめ国体伊予市実行 委員会に返送することについては、個人情報の保護に万全を期すとともに大会の統計資料に利用す ること以外には使用しないことを条件に承諾します。

同意欄(署名)

愛顔つなぐえひめ国体伊予市実行委員会事務局 TEL089-982-5587(直通)

(様式第2号)

救護日報

年月日	年 月 日 () 天候		記入者	
救護所名	救護所開設時間		時 分から	時 分まで
従事者氏名及び時間	医師		時 分から	時 分まで
			時 分から	時 分まで
			時 分から	時 分まで
	看護師 (保健師)		時 分から	時 分まで
			時 分から	時 分まで
			時 分から	時 分まで
	係員		時 分から	時 分まで
			時 分から	時 分まで
			時 分から	時 分まで
	その他 ()		時 分から	時 分まで
		時 分から	時 分まで	
区分	取扱患者数 A		Aのうち医療機関搬送者数	
選手		人		人
監督		人		人
役員		人		人
観客		人		人
その他		人		人
合計		人		人

No.	発症者	内容 (診療依頼書発行No. _____)
氏名	男・女 歳	1 傷病内容 胃腸障害 感冒 貧血 頭痛 熱中症 疲労 眼症 筋腱断裂 (挫・切・裂)創 歯牙の外傷 その他 ()
TEL		
住所		2 発症(事故)原因
宿舎名 TEL		3 処置内容
参加区分	選手・監督・役員・観客 その他 ()	4 使用医薬品
		5 備考
		6 搬送の有・無 搬送先医療機関 ()

No.	発症者	内容（診療依頼書発行No._____）
氏名	男・女 歳	1 傷病内容 胃腸障害 感冒 貧血 頭痛 熱中症 疲労 眼症 筋腱断裂 (挫・切・裂)創 歯牙の外傷 その他（ ） 2 発症(事故)原因 3 処置内容 4 使用医薬品 5 備考 6 搬送の有・無 搬送先医療機関 （ ）
TEL		
住所		
宿舎名 TEL		
参加区分	選手・監督・役員・観客 その他（ ）	

No.	発症者	内容（診療依頼書発行No._____）
氏名	男・女 歳	1 傷病内容 胃腸障害 感冒 貧血 頭痛 熱中症 疲労 眼症 筋腱断裂 (挫・切・裂)創 歯牙の外傷 その他（ ） 2 発症(事故)原因 3 処置内容 4 使用医薬品 5 備考 6 搬送の有・無 搬送先医療機関 （ ）
TEL		
住所		
宿舎名 TEL		
参加区分	選手・監督・役員・観客 その他（ ）	

